

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАК ФАКТОР РИСКА СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Арзиккулов Абдурайим Шамишевич, Абдумухтарова Мадина Каххаровна

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, 170127, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова 1.

E-mail: pediatr60@mail.ru

Ключевые слова: подростки; нарушения адаптации; темперамент; факторы риска; соматические заболевания.

Введение. Анализ различных направлений исследований показал, что адаптация к процессу регулярного обучения в школе школьников не изучена в должной мере. До настоящего времени не проведена систематизация школьно-обусловленных нарушений здоровья с учётом влияния на качество обучения. Не разработана эффективная система взаимодействия медицинских и педагогических работников по профилактике и раннему выявлению нарушений развития и состояния здоровья школьников. Интенсивные процессы созревания отдельных биологических систем организма в сочетании с возрастанием уровня социально-психологических требований, предъявляемых к учащимся, повышают возможность психотравматизации личности. Эти биологические и психологические особенности накладывают определенный отпечаток на распространенность и клинические проявления дезадаптационных нарушений (адаптации) в данной возрастной группе. Все это создает условия для возможного формирования и проявления аномально-личностных характеристик, генезис которых не исключает дальнейшую клинику пограничных состояний и повышает вероятность возникновения нервно-психических и соматических заболеваний.

Цель исследования. целью которого явилось сравнительно-возрастное изучение клинических проявлений и основных факторов патогенеза нарушений адаптации у школьников. Материал и методы: Основными методами исследования были клинико-психологический (Дембо — Рубинштейн, Щванцера, Розенцвейга) и эпидемиологический (10% выборка здоровых школьников по методу Бредфора), психопатологический (патохарактериологический опросник по А.Е.Личко), параклинический и катamnестический методы. Все диагностические методы были адаптированы и предварительно апробированы в социо — культуральных условиях нашего региона. Результат исследования: Выраженность нарушений показателей адаптации, позволила нам выделить 3 степени нарушений адаптации школьников. При I степени нарушены все три показателя (полная дезадаптация), при II степени нарушены два показателя (частичная дезадаптация) и при III степени нарушен один показатель (относительная дезадаптация). Как свидетельствуют данные, значительно чаще, чем в детском возрасте ($15,7 \pm 1,18\%$), среди подростков школьного возраста ($29,4 \pm 1,9\%$; $P < 0,001$) встречаются нарушения адаптации. Важным показателем при оценки адаптации, особенно у школьников, является степень напряжения адаптационных механизмов. Исследования проводились с применением методики фрустрационной толерантности S. Rosenzweig. Выбор данной методики обусловлен тем, что она позволяет определить в способность ребенка к психологической защите, а также характер адаптивных реакций на возможные стрессовые (фрустрирующие) ситуации. Анализ полученных нами результатов показывает на присутствие психоэмоциональных параллелей у всех детей с проявлениями дезадаптации. Степени реагирования и качество изменения психоэмоционального профиля зависят от возраста обследуемых. Так, у мальчиков и девочек в возрасте 7–11 лет изменения психоэмоционального фона достоверно отмечались снижением по импунитивной «М» направленности реакции ($20,4 \pm 5,11$; $P < 0,01$). В целом же наблюдается усиление снижения толерантности к фрустрации, что проявляется повышением показателя экстрапунитивных «Э» реакций ($48,65 \pm 6,34$) и реакций продолжения потребности «I-P» ($44,45 \pm 6,31$; $P < 0,05$). У подростков учащихся с реакцией дезадаптации соотношение между типами реакций и их направленностью резко нарушены. Констатируется достоверный рост экстрапунитивных «Э» реакций самозащитного типа ($58,25 \pm 3,5$; $P < 0,05$) по сравнению с детьми 7–11 лет и по

сравнению показателями детей 12–17 лет здоровой популяции. Также отмечается выраженная тенденция увеличения показателя реакции продолжения потребности «I-P» ($21,75 \pm 2,98$; $P < 0,001$). Реакция по типу «O-D» ($21,95 \pm 2,99$; $P < 0,01$) — доминирования препятствие снижена по сравнению со здоровой популяцией. Результаты исследования свидетельствуют, что на стрессовую ситуацию школьники с дезадаптацией склонны реагировать агрессией на окружающих, излишней самозащитой и их эмоциональные реакции отличаются неадекватностью.

Возникновению реакций дезадаптации способствуют или препятствуют особенности темперамента ребенка. Поэтому нами изучены базисные личностные измерения экстра — и интраверсии и нейротизма у подростков с проявлениями дезадаптации. Данные показывают, что подростки 12–17 лет с различными степенями дезадаптации отличаются высокой экстравертированностью (90,3% соответственно у девочек и мальчиков 88,4% и 92,2%), эмоциональной возбудимостью (79,05%, соответственно у девочек и мальчиков 86,1% и 72,0%). Показатели интравертированности достоверно ниже популяционных показателей ($P < 0,001$). По мнению многих авторов, высокий нейротизм (психоэмоциональная возбудимость) является эндогенной “почвой” невротических и соматических расстройств. Обследованные нами дети и подростки в клиническом плане отличались эмоциональной лабильностью, гиперактивностью и медленным возвратом к исходному состоянию после эмоциональных переживаний и часто жаловались на различные недомогания соматовегетативного генеза. Невротические расстройства были обнаружены в 20,1% случаев от всех обследованных и представлены в основном астеническими, истерическими и обсессивно-фобическими нарушениями. Астенические расстройства психогенного генеза характеризовались симптомами “раздражительной слабости” в сочетании с аффективными колебаниями, вегетососудистыми нарушениями: нервность, тревожность, раздражительность и т.д.

Истерио-невротические нарушения представлены острыми аффективными демонстративными нарушениями поведения, разнообразными жалобами, преимущественно астенического и ипохондрического характера; импульсивность, агрессивность, чувство физического недостатка, неприятные болезненные ощущения и т.д. Нами изучались данные акушерско-гинекологического анамнеза матерей детей с дезадаптацией, течение родов данного ребенка. У матерей детей с нарушенной адаптацией, по сравнению с матерями детей контрольной группы, обнаруживается существенное отклонение в течении беременности и родов: токсикозы I и II половины беременности, патология родовой деятельности, роды с длительным безводным периодом, патологии плаценты и пуповины, тазовое предлежание плода, искусственные пособия во время родов, что в свою очередь является антенатальными факторами, приводящими к развитию хронической внутриутробной гипоксии плода и асфиксии новорожденных. У большинства детей выявлено сочетание двух или более факторов. У 7 детей обнаружено сочетание перинатальной патологии и перенесенной в грудном возрасте нейроинфекции.

Таким образом, в группе детей с дезадаптацией высока доля встречаемости пре — и перинатальной ($P < 0,05$ — $0,001$) патологии, чем в контрольной группе, в основе которых лежали микроциркуляторные нарушения гипоксического и гипоксически-травматического характера.

Представляет клинический и теоретический интерес изучение личностных особенностей детей и подростков с дезадаптацией. Результаты показывают, в целом что выявляемость типов акцентуаций характера, достоверно отличается от популяционных ($P < 0,001$).

Выводы. 1. клинико-популяционные исследования, проведенные среди здоровых школьников, выявили большую частоту детей и подростков с нарушениями адаптации (21%), среди которых преобладают III степень — относительная дезадаптация. 2. Наиболее значимыми факторами риска, наряду с психо-социальными (состояния микросоциальной среды семьи и школы) являются генетические и церебрально-органические. Особенностью выявленной у детей и подростков дезадаптации являлась ее массивная соматизация, которая характеризовалась полиморфными вегето-висцеральными нарушениями в различных органах и системах (пищеварительной, кожной, респираторной, двигательной, сердечно-сосудистой, выделительной, эндокринной) и алгическими проявлениями. 3. Невротические расстройства встречаются среди детей и подростков в сравнительно большом проценте случаев и, как правило, приводят к выраженным нарушениям адаптации школьников в коллективе. Неврологическое обследование детей школьного возраста с пре и перинатальной патологией позволяет выявить группу риска с школьной дезадаптацией, определить на основании минимальных функциональных отклонений прогноз дальнейшего психомоторного развития ребенка, обеспечить своевременную коррекцию этих отклонений.